

介護保険料の減免に関する申告書

××年××月××日

申請者 (被保険者)	住所	町田市〇〇町〇丁目〇番〇号
	氏名	介護 太郎

1 一緒に生活している家族全員の収入（前月分）の合計と家賃

収入（月額）	〇〇〇,〇〇〇円
家賃（月額）	〇〇,〇〇〇円

一緒に生活している家族の状況を記入してください。

<内訳>

氏名	年齢	障害	現況	収入（月額）
介護 花子	〇〇	有・無	居宅・入院等	〇〇〇,〇〇〇円
		有・無	居宅・入院等	円
		有・無	居宅・入院等	円
		有・無	居宅・入院等	円

* 収入のある方は収入のわかる書類を、障がいのある方は障害者手帳を、病院等に入院入所されている方はそのことがわかる書類を、提示又は添付してください。

2 市民税を課税されている者に

- 扶養されています
 扶養されていません

該当する項目にチェックしてください。

3 市民税を課税されている者と

- 生計を共にしています
 生計を共にしていません

4 一緒に生活している家族全員の資産、預貯金

① 資産

- 持っています
 （現在居住している家屋以外のものを具体的に）

② 預貯金

- あります
 * 通帳のコピーを添付してください

資産、預貯金がある場合は、その内容もご記入ください。

該当する項目にチェックしてください。

家族全員分の合計金額	円
------------	---

持っていません

ありません

5 医療保険の一部負担金と介護保険の利用料の合計金額（月額）

- ① 申請から一年以内のもので（申請月の一年前から前月まで）
 ② 一緒に生活している家族のうち、65歳以上の者の負担金・利用料の合計額

（〇〇年 〇月分）	〇〇,〇〇〇 円
-----------	----------

* 負担金・利用料の領収書のコピーを添付してください。